UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1947-1948. — N° 74

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT DE LA BLENNORRAGIE CHRONIQUE

DEUX NOUVELLES APPLICATIONS DE LA PÉNICILLINOTHÉRAPIE LOCALE :

I. — Les infiltrations intraprostatiques.

II. — Le lavage des vésicules séminales.

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le mercredi 7 avril 1948

PAR

Michel-Gaston ASSING

Né à SAINT-DENIS (Ile de la Réunion), le 9 avril 1921

Examinateurs de la Thèse :

MM. DARGET, professeur ..... *Président.*

CREYX, professeur ..... *Juges.*

JOULIA, professeur ..... *Juges.*

LE COULANT, agrégé ..... *Juges.*

BORDEAUX

IMPRIMERIE LIBRAIRIE DELMAS

6, Place Saint-Christoly, 6

1948

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41536526_0071

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1947-1948. — N° 74

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT DE LA BLENNORRAGIE CHRONIQUE

DEUX NOUVELLES APPLICATIONS DE LA PÉNICILLINOTHÉRAPIE LOCALE :

I. — Les infiltrations intraprostatiques.

II. — Le lavage des vésicules séminales.

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le mercredi 7 avril 1948

PAR

Michel-Gaston ASSING

Né à SAINT-DENIS (Ile de la Réunion), le 9 avril 1921

Examinateurs de la Thèse

MM. DARGET, professeur ..... *Président.*

CREYX, professeur ..... *Juges.*

JOULIA, professeur ..... *Juges.*

LE COULANT, agrégé ..... *Juges.*

BORDEAUX

IMPRIMERIE LIBRAIRIE DELMAS

6, Place Saint-Christoly, 6

1948

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. DUPÉRIÉ.

ASSESSEUR : M. CHELLE.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. DENIGÈS, A. MANDOUL, PETGES, GUYOT, ROCHER, ANDÉRODIAS, LANDE, DUVERGEY, CARLES, LEURET, PÉRY.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale	DUPÉRIÉ.	Clin. méd. des mal. des enfants.	FONTAN.
id.	CREYX.	Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS
Clinique chirurg. et gynécol.	CHARRIER.	Médecine expérimentale	AUBERTIN.
Clinique chirurgicale	PAPIN.	Clinique ophtalmologique	BEAUVIEUX.
Clinique d'accouchements	RIVIÈRE.	Clinique chirurg. inf. et orthop.	LOUBAT.
Anatomie pathol. et microsc. clin.	DE GRAILLY.	Clin. des maladies infectieuses	DAMADE.
Anatomie	VILLEMIN.	Chimie biologique et médicale	MACHEBŒUF.
Anatomie générale et histologie.	G. DUBREUIL.	Physique méd. et pharmaceutique.	PIFFAULT.
Hygiène	PIÉCHAUD	Méd. col. et clin. mal. exotiques.	BONNIN.
Méd. légale et Méd. du travail.	DERVILLÉE.	Clin. malad. cutanées et syphilit.	JOULIA.
Electroradiol. et clin. d'él. médic.	REBOUL.	Clin. des mal. des voies urinaires.	DARGET.
Chimie	CHELLE.	Clin. mal. nerveuses et mentales.	DELMAS-MARSALET.
Botanique et matière médicale	GOLSE.	Clin. d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Pharmacie	VITTE	Toxicologie et hygiène appliquée.	CASTAGNOU.
Physiologie	FABRE.	Clinique odonto-stomatologique.	DUBECQ.

PERRENS (Maladies mentales).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie	DUFOUR.	Chirurgie générale	LAUMONIER
Physiologie	N.	Obstétrique	N.
Médecine générale	N.	id.	MAHON.
id.	N.	Ophtalmologie	BESSIÈRE.
id.	N.	Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
id.	BROUSTET.	Dermatologie et syphiligraphie	LE COULANT
id.	SARIC.	Physique médicale	N...
id.	DUBARRY.	Chimie gén. pharm. et toxicol.	CASTAGNOU.
id.	TRAISSAC.	Histoire natur. pharmaceutique	GIRARD.
Chirurgie générale	N.	Pharmacie	MESNARD.
id.	MASSÉ.	id.	N.
id.	N.	Histoire natur. méd. et parasitol.	N.
id.	MAGENDIE.	Histologie	MAYER.
id.	POUYANNE.	Chimie médicale	TAYEAU.

MAITRE DE CONFÉRENCE :

Physique pharmaceutique ..... M. BLANQUET.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire	MASSÉ.	Pharmacie galénique	MESNARD.
Accouchements	N...	Bactériologie	MOUREAU.
Puériculture	PERY.	Physiologie	Mlle ROUGIER.
Législation pharmaceutique	POPLAWSKI.	Chimie biologique	BLANQUET.
Ophtalmologie	BESSIÈRE.	Parasitologie et biologie appliqu.	PAUTRIZEL.
Anatomie	RIGAUD.	Pathologie chirurgicale	LAUMONIER.
Chimie minérale	N...	Electroradiologie	CAILLON.
Botanique	GIRARD.		
Cryptogamie	GIRARD.		

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A MA MERE

Avec toute ma tendresse pour son inlassable dévouement.

A MON PERE

Qui, par son labeur incessant, m'a donné le meilleur exemple de courage et de ténacité.

A MA SŒUR ELIANE

A MES FRERES GILBERT, GUY ET JACQUES

Avec toute la sympathie de leur frère aîné.

Qu'ils trouvent tous ici le témoignage de ma profonde affection.

A Monsieur le Docteur H. DAX

Ex-Interne des Hôpitaux,
Chef de Clinique chirurgicale.

Avec toute ma reconnaissance pour ses conseils éclairés et l'accueil bienveillant qu'il m'a toujours témoigné au cours de l'élaboration de cette thèse.

A Monsieur le Professeur JOULIA

Professeur de Clinique des maladies cutanées et syphilitiques,
Officier d'Académie.

A Monsieur le Professeur CREYX

Professeur de Clinique médicale,
Médecin des Hôpitaux.
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.

A Monsieur le Professeur agrégé LE COULANT

Médecin dermato-vénérologue des Hôpitaux.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DARGET

Professeur de Clinique des maladies urinaires,
Chirurgien des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier d'Académie.

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et nous a fait le grand honneur d'en accepter la présidence.

En témoignage de notre profonde gratitude.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU TRAITEMENT
DE LA BLENNORRAGIE CHRONIQUE

Deux nouvelles applications de la pénicillinothérapie locale :

I. — Les infiltrations intraprostatiques.

II. — Le lavage des vésicules séminales.

INTRODUCTION

Les propriétés curatrices, les succès d'une nouvelle substance thérapeutique, sont très vite, trop vite quelquefois, connus du public. Mais ses insuccès, ses échecs même, on ne les connaît que peu à peu, avec le recul du temps.

L'optimisme premier des malades et souvent de certains praticiens — tant aux Etats-Unis qu'en Europe — concernant la toute-puissance de la pénicilline dans le traitement complet et définitif de la blennorragie ne nous semble plus avoir aujourd'hui toute sa raison d'être.

Non seulement les doses initialement utilisées pour traiter une gonococcie aiguë (1) sont aujourd'hui nettement insuffi-

(1) *a*) Mahoney et autres (ouvrage cité dans la Bibliographie, p. 525 et s.), en septembre 1943, ont guéri 74 malades sur 75, en leur injectant 150.000 U.O. Un seul eut une rechute. Le chiffre total de 150.000 U.O. — choisi arbitrairement — a été par eux-mêmes reconnu à l'époque comme trop fort.

b) Certains parmi les premiers expérimentateurs français (Martin, ouvrage cité, p. 130) conseillaient 100.000 U.O. en 1944, et, se basant sur l'expérience et les statistiques de l'époque, ajoutaient : « en employant de fortes doses (300.000 U.O.), aucun cas de blennorragie n'a été jusqu'à ce jour trouvé pénicillino-résistant ».

santes (le total d'emblée administré dans les services du Professeur Joulia à Bordeaux est actuellement de 400.000 U.O. en 48 heures); mais certains auteurs, et cela depuis quelques années déjà, signalent les échecs de la pénicilline.

Dès 1944, les auteurs américains les remarquent dans leurs hôpitaux. Signalons entre autres (2) R. H. Koch et J. S. Haînes, qui, traitant deux groupes de malades à la San-Francisco City Clinic, avouent :

— avec 200.000 U.O., 34 % d'échecs;
— avec 300.000 U.O., 13 % d'échecs.

A cette époque, même pour un cas compliqué, on dépassait rarement le total de 400.000 U.O. Maintenant, on voit de plus en plus, dans les services spécialisés de vénéréologie, des totaux atteindre et dépasser le million.

Cl. Huriez et Desurmont (3) de Lille, bien que prônant les merveilles de la mycothérapie, constatent le nombre croissant de « durs » restant contagieux, malgré 2, 3 et même 5 millions d'U.O.

Nous-même rapportons le cas de deux malades ayant nécessité, pour la négativation de leurs prélèvements, 4.340.000, 5.120.000, et cela en plus de thérapeutiques diverses associées (sulfamides, pyrétothérapie, instillations).

Ainsi donc, moins de dix ans après les premières études thérapeutiques de l'Ecole d'Oxford, on signale la moindre efficacité, les échecs même de la mycothérapie. Bien plus, la notion de pénicillino-résistance du gonocoque, non admise au début, tend à avoir de plus en plus droit de cité.

En Europe, Glaser (4), Jouon (5), Midana (6), rapportent plu-

(2) Pénicillin in Gonorrhea treatment and control, *J.A.M.A.*, vol. 129, n° 7, 13 oct. 1945.

(3) Pénicilline et gonococcie d'après 600 observations. Les débuts de la pénicillino-résistance, *Presse médicale*, n° 2, 11 janv. 1947, p. 13-14.

(4) *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, n° 11 *bis*, nov. 1946, p. 798.

(5) *Ibid.*, p. 808.

(6) Recherches sur la pénicillino-résistance. *Ibid.*, n° 4, avril 1947, p. 128-129.

sieurs cas de gonococcie ayant résisté à des doses élevées de pénicilline.

Au Congrès de la pénicilline, qui s'est tenu à Paris en avril 1946, R. Martin, Boucart, Sureau et Huriez mettent en garde le corps médical et s'élèvent contre « la libéralisation de la pénicilline, distribuée à des malades dont l'indocilité et la ruse, grands facteurs d'insuffisance et d'accoutumance, risquent de nous faire connaître une véritable pénicillino-résistance ».

Aussi, devant le nombre croissant de blennorragies qui, résistant à un traitement classique, deviennent chroniques et traînent désespérément, également pour éviter que ne se gâche ce merveilleux remède qu'est la pénicilline, avons-nous essayé de voir les causes de cette chronicité, de chercher leur traitement et de mettre au point la conduite générale à tenir devant un cas de blennorragie chronique.

CHAPITRE PREMIER

I. DEFINITION D'UNE BLENNORRAGIE CHRONIQUE

A. — Pour qu'il y ait blennorragie chronique, il faut des gonocoques. Il paraît de prime abord puéril d'exprimer cette vérité. Mais, aujourd'hui encore, on confond trop souvent la gonococcie chronique vraie où le laboratoire — avec ou sans massage de la prostate, avec ou sans réactivation — décèle la présence de diplocoques Gram négatif intracellulaires avec une urétrite chronique à germes autres que le diplocoque de Neisser. Sans nous étendre sur le diagnostic différentiel clinique de ces urétrites, insistons sur le fait qu'un examen microscopique est indispensable (1).

B. — Le facteur « temps » ne suffit pas à lui seul à caractériser la chronicité d'une blennorragie; l'expression suivant laquelle « toute chaude-pisse de plus de deux mois » doit être considérée comme chronique n'est pas exacte, puisque des blennorragies aiguës, pour des raisons diverses (absence ou insuffisance du traitement, négligences ou excès du malade le plus souvent), traînent et durent plus de deux mois. Il vaudrait mieux, en modifiant l'énoncé classique de Janet, dire d'une gonococcie qu'elle est chronique quand,

(1) Seul, il nous renseignera et servira à différencier les diplocoques Gram négatif ressemblant au gonocoque (*Micrococcus catarrhalis*, jaune de Legrain, *orchitis*). Ces microbes, de plus, à l'inverse du gonocoque, cultivent sur milieu ordinaire. Les germes tels que staphylocoque, colibacille, entérocoque, streptobacille, se différencient plus facilement.

abandonnée à elle-même, *ou traitée d'une façon insuffisamment énergique ou prolongée*, elle est incapable de retourner à l'état aigu ou subaigu.

II. — FACTEURS DE LA CHRONICITÉ

A. — Citons sans nous y arrêter les deux causes « évidentes » dont nous avons parlé plus haut :

a) absence ou insuffisance du traitement;

b) négligence du malade à suivre la diététique imposée, et plus souvent ses excès (boisson, coït, exercices violents).

B. — Signalons une cause trop fréquente : les thérapeutiques brutales :

a) les injections faites à la seringue à canal fermé, entraînant du pus dans l'urètre postérieur et l'infectant, après avoir forcé le sphincter membraneux;

b) les injections caustiques, qui transforment l'épithélium cylindrique normal de l'urètre en épithélium plat où les gonocoques seront à l'abri de la diapédèse... « pour ainsi dire en dehors de l'organisme »[2];

c) le grand lavage mal fait (et hors du milieu hospitalier, il l'est presque toujours), qui dissémine les germes;

d) les cathétérismes intempestifs;

e) le massage de la prostate fait mal à propos (au cours d'une prostatite aiguë, il se paie d'une épidydimite).

Ayant brièvement rappelé ces quelques points, nous insisterons plus longuement sur ce que nous pensons être la véritable cause de la blennorragie chronique : *la localisation profonde du gonocoque*.

(2) Barbellion, ouvrage cité, p. 245-256.

« La gonococcie chronique, a dit Barbellion [3], est une gonococcie à localisations. » Ce sont les localisations dans une ou plusieurs de ces zones de résistance du germe qui vont, sous l'effet d'une cause parfois minime, pouvant passer inaperçue du malade, produire un « réensemencement » de l'urètre.

Ce qui fait l'importance, la gravité de ces foyers, est le fait qu'étant profonds ils échappent le plus souvent à la thérapeutique classique, et aussi que, donnant rarement lieu à des manifestations tapageuses, ils sont le plus souvent ignorés du malade et même du médecin : le praticien de médecine générale hésite en effet quelquefois à pratiquer, devant un léger écoulement urétral, un toucher rectal qui le renseignerait sur l'état de la prostate ou des vésicules séminales de son client.

Quelles peuvent être ces zones de résistance ?

1° *Urètre antérieur.* — Nous les passerons rapidement en revue :

a) prépuce : phimosis, balano-posthite, paraphimosis, glandes de Tyson;

b) méat : avoir soin de bien explorer avec un stylet fin les repaires para-urétraux, pour les traiter s'il y a lieu;

c) infections glandulaires :

— les glandes de Littre, qui donnent, quand elles s'infectent en grand nombre, un urètre granuleux au toucher;

- les glandes de Cowper, qui, infectées, augmentent de volume et peuvent s'abcéder.

2° *Urètre postérieur.* — Nous l'étudierons plus en détail, étant de beaucoup le plus souvent touché :

a) *Prostate.* — 15 % des blennorragies donnent lieu à une prostatite. On soupçonnera cette dernière lorsque le malade

(3) Barbellion, ouvrage cité, p. 245.

accuse un peu de pesanteur rectale, une légère constipation, en même temps que des mictions fréquentes, plus impérieuses, plus ou moins douloureuses. La température peut quelquefois atteindre 38°5. A l'épreuve des 3 verres, on note que le troisième verre, aussi trouble que le premier, présente, en suspension, des filaments franchement blancs, lourds.

Le toucher rectal indiquera :

— soit une prostatite glandulaire : souple, arrondie, symétrique à l'état normal, la prostate est alors hypertrophiée; un des deux lobes (plutôt que les deux) est plus gros, plus tendu, bombe davantage. La consistance est presque normale, sauf en certains points plus malléables;

— soit une prostatite interstitielle : très sensible, la prostate ne présente aucun caractère spécial; elle est petite, scléreuse, irrégulière.

Un massage doux de la prostate, pratiqué après que le patient ait uriné dans le premier verre, ramène une sécrétion contenant :

— du mucus, des cellules épithéliales;
— des leucocytes nombreux;
— des diplocoques intra et extracellulaires.

Seuls, les premiers sont des gonocoques; on ne peut baser un diagnostic de blennorragie sur quelques éléments isolés extracellulaires.

Tels sont les principaux symptômes d'une prostatite chronique. Notons que, parfois, celle-ci peut passer tout à fait inaperçue du malade, qui ne présentera rien en dehors d'un léger écoulement « à rechute » (4).

(4) P. Poulain, dans sa thèse, se basant sur les travaux de Heitz-Boyer, insiste sur les formations diverticulaires constituées par des abcès prostatiques ouverts à l'urètre par une fistule trop étroite ou bien par des cavités glandulaires infectées, dotées d'orifices plus ou moins béants. Ils ne sont décelables que par un examen urétroscopique soigné ou, mieux, par une radiographie de l'urètre profond au lipiodol. La thérapeutique pénicillinique par voie générale n'agira pas non plus sur ces diverticules.

b) *Vésicules.* — Les auteurs français classiques considèrent la spermatocystite comme une chose relativement rare. Pour les Américains, par contre, elle est le grand repaire du gonocoque, et, partant, la cause habituelle de la chronicité d'une blennorragie. Certains admettent que 60 % des urétrites postérieures aiguës donnent naissance à une vésiculite. Pour les auteurs français, la proportion est moins grande. Malgré tout, pour M. Chauvin, de Marseille, un tiers des urétrites chroniques est entretenu par une vésiculite.

Luys, le premier, s'est fait en France le défenseur de cette théorie et a mis au point des techniques curatrices des spermatocystites sur lesquelles nous reviendrons. Le diagnostic d'une vésiculite est basé sur :

— les douleurs persistantes dans la partie périnéale profonde ou périanale; quelquefois, ce ne seront que des sensations de pesanteur;

— les éjaculations douloureuses (10 fois sur 100 pour François); plus rarement sanglantes;

— les épidydimites à répétition;

— un bon signe est la guérison facile des écoulements urétraux et leur rechute au premier coït : ceci s'explique par le réensemencement du canal par un réservoir qui ne se vide qu'au coït : la vésicule;

— les troubles urinaires diffèrent peu de ceux engendrés par l'urétrite chronique postérieure : c'est le plus souvent une simple goutte matinale.

Le toucher rectal : la vésicule normale est difficilement perceptible. A l'état de réplétion, elle donne une impression de « souplesse veloutée » (Luys).

Fait très délicatement, car il peut être très douloureux, le toucher rectal montrera une vésicule de dimensions variables, indurée soit totalement, soit de part en part seulement. Cependant, il est juste de noter que la spermatocystite peut

cliniquement passer inaperçue et que, par contre, une vésicule grosse n'est pas automatiquement malade et peut n'être que le reflet de l'augmentation du lobe prostatique homologue.

L'expression vésiculaire : (après un massage de prostate, pour éliminer ce dernier facteur) : le malade urine; on pratique un lavage total emplissant la vessie, puis, en ayant soin d'éviter la prostate, un massage des vésicules.

L'examen bactériologique consécutif montrera :

— des spermatozoïdes (dont on appréciera le degré de vitalité);

— des leucocytes nombreux;

— des gonocoques;

— des microbes associés très fréquents (colibacille et staphylocoque surtout).

L'urétroscopie nous renseignera sur les altérations du veru montanum (miroir des vésicules).

c) *Urètre, veru montanum, urétroscopie :*

Interdite, car dangereuse, dans les urétrites aiguës ou subaiguës, l'urétroscopie donne de très utiles renseignements dans les cas d'urétrites chroniques. Elle seule peut nous renseigner sur l'état de l'urètre postérieur.

Elle sera précédée de grands lavages au permanganate de potasse à 0 g. 30 par litre, qui auront limité la culture du gonocoque. Les diagnostics clinique et bactériologique auront été faits préalablement, d'une façon aussi complète que possible.

Si le canal est par trop étroit, on le dilatera avec une grosse bougie. L'anesthésie à la novocaïne à 2 % est, sauf pour les pusillanimes, rarement utile.

On aura soin de ne pas éroder la muqueuse par une manœuvre trop brutale et d'agir avec une extrême douceur.

Nous ferons porter l'exploration urétroscopique sur l'urètre prostatique avec ses trois portions :

— sus-montanale (du col au veru) : avec la fossette prostatique comprise entre les freins du veru.

La muqueuse normale est pâle ou rose suivant la pression de l'eau (5). Pathologique, elle sera : ou bien congestive, œdématiée, ou bien sclérosée, saignant parfois au moindre contact. A un stade plus grave, on aura un aspect polypoïde (pseudo-polypes avec leurs longs pédicules);

— montanale : « miroir des vésicules », le veru montanum peut présenter à l'état normal une grande variété, tant au point de vue de la forme que du volume. A l'état pathologique, on aura soit un état congestif avec des vaisseaux très apparents, soit un état œdématié (veru turgescent, irrégulier). Si, comme c'est l'habitude, les vésicules sont lésées, on aura une atteinte des canaux éjaculateurs avec des orifices congestionnés, laissant échapper un filet purulent;

— sous-montanale : on notera l'état de la crête montanale et des faces latérales et supérieures, qui normalement sont lisses et très vascularisées.

---

(5) D'où la nécessité de faire varier la pression de l'eau au cours de l'examen.

CHAPITRE II

BASES DU TRAITEMENT ACTUEL

La clinique, le laboratoire, l'urétroscopie, nous ayant renseignés sur les localisations profondes de la gonococcie chronique à traiter, nous mettrons en œuvre un traitement approprié. Basé sur les acquisitions de ces dernières années dans le domaine de la pénicillinothérapie et sur les études et constatations faites par M. le Professeur Darget et ses assistants, MM. Dax, Muret, Chabbert, au Service d'urologie de l'Hôpital du Tondu à Bordeaux, le traitement actuel tend à deux buts principaux :

— la stérilisation des « repaires profonds » par un traitement local.

Nous y arrivons en portant la pénicilline *in situ*, au sein de ces repaires où le gonocoque reste inexpugnable par la mycothérapie utilisée uniquement par voie générale;

— une meilleure concentration de la pénicilline dans le sang.

I. — *Pénicillinothérapie locale.*

A. — Prostatite.

Cette localisation profonde, difficile à atteindre par la thérapeutique classique, a incité M. le Professeur Darget à appliquer une pénicillinothérapie locale.

Infiltrations par voie périnéale.

La technique du Service est la suivante : un doigt intrarectal repère la prostate et plus particulièrement se rend compte du lobe le plus touché. De l'autre main, on introduit un trocart à ponction lombaire à 1 cm. 5 en avant de l'orifice anal et un peu en dehors du raphé médian. Poussé en direction du lobe prostatique à atteindre, — repéré par le doigt intrarectal, — le trocart atteint la glande à environ 3-4 centimètres de profondeur. On s'assurera que le trocart est en bonne position par le fait que les mouvements à lui imprimés sont perçus par le doigt rectal. Une injection de pénicilline variant de 30.000 à 50.000 U.O. est pratiquée. Suivant que l'un des lobes ou les deux lobes prostatiques sont atteints, on fera une ou deux injections.

Les injections, pour peu qu'elles soient faites assez rapidement — et avec un peu d'entraînement cela est facile — ne sont pas douloureuses.

Deux incidents sont à éviter :

a). la blessure du rectum. Pour l'éviter, on se rappellera que le rectum présente une angulation antérieure assez marquée; il suffira donc de redresser la direction de l'aiguille;

b) la blessure de l'urètre au niveau du cul-de-sac du bulbe; si elle a lieu, le malade accuse une douleur vive et une légère urétrorragie; c'est pourquoi on fera l'injection un peu en dehors du raphé médian et on infiltrera *séparément* chaque lobe prostatique plutôt que de vouloir les injecter en une seule piqûre.

Notons d'ailleurs que ces deux incidents sont sans gravité.

Nous produisons ci-dessous les observations de nos malades ayant subi ce traitement.

Observation I.

Tes... (Robert), 22 ans. A reçu :

900.000 U.O. (1).

Thiazomide (20 + 20 + 12 + 10 + 10 + 8 + 8 = 88 comprimés).

Vaccin antigonococcique (1/4 cm³).

Un étincelage du veru montanum.

6 infiltrations I.P. (6 × 40.000 = 240.000 U.O.).

Prélèvement consécutif :

quelques cellules et rares leucocytes;

pas de microbes visibles.

Observation II.

Por... (Félix), 25 ans. A reçu :

1.000.000 U.O.

4 infiltrations de sulfathiazol.

7 infiltrations I.P. (7 × 40.000 = 280.000 U.O.).

Prélèvement consécutif *positif*.

Une infiltration par voie rectale : 50.000 U.O.

Prélèvement consécutif : pas de microbes visibles.

Observation III.

Gas... A reçu :

1.200.000 U.O.

Thiazomide.

Dmelcos : 225 millions de bacilles de Ducrey.

4 infiltrations I.P. (4 × 40.000 = 160.000 U.O.).

Un étincelage du veru montanum.

Prélèvement consécutif négatif.

---

(1) Pour cette observation comme pour les suivantes, le premier chiffre indique la dose de pénicilline administrée par voie générale.

Observation IV.

Des... A reçu :
1.500.000 U.O.
Prélèvement consécutif négatif.
Thiazomide : 24 + 12 = 36 comprimés.
3 instillations au sulfathiazol.
Un crayon de néococcyl.
Deux infiltrations I.P. (2 × 50.000 = 100.000 U.O.).
Prélèvement consécutif négatif.

Observation V.

Lac... A reçu :
1.300.000 U.O.
4 infiltrations I.P. (4 × 50.000 = 200.000 U.O.).
Prélèvement consécutif négatif.

Observation VI.

Big... A reçu :
850.000 U.O.
Thiazomide.
2 infiltrations I.P. (2 × 50.000 = 100.000).

Observation VII.

Att... A reçu :
920.000 U.O.
Thiazomide.
Une infiltration de I.P. de 50.000 U.O.
Prélèvement consécutif négatif.

Observation VIII

Rid... A reçu :

1.100.000 U.O.

Thiazomide.

Vaccin antigonococcique.

Une infiltration I.P. de 40.000 U.O.

Ce malade a eu, en plus, un lavage de vésicule par voie déférentielle et une injection intravésiculaire de 100.000 U.O.

Prélèvement consécutif négatif.

Observation IX.

Dat... A reçu :

950.000 U.O.

Thiazomide.

Vaccin antigonococcique (1/4 cm³).

2 infiltrations I.P. (2 × 30.000 = 10.000 U.O.).

Prélèvement consécutif négatif.

Observation X.

Tip... A reçu :

1.600.000 U.O.

Thiazomide.

Vaccin antigonococcique. 5 injections (1/4, 1/2, 1/2, 3/4, 3/4 cm³).

2 infiltrations I.P. (2 × 40.000 = 80.000 U.O.).

Prélèvement consécutif *positif*.

On fait un lavage de vésicule par voie déférentielle suivi d'une injection de 80.000 U.O.

Prélèvement consécutif *positif*.

Observation XI.

Bag... (Yvan), 24 ans. A reçu :

4.340.000 U.O.

Thiazomide.

Propidon.

Instillations au nitrate d'argent.

5 infiltrations I.P. (5 × 30.000 = 150.000 U.O.).

Prélèvement consécutif *positif*.

2 infiltrations par voie rectale (2 × 100.000 = 200.000 U.O.).

Prélèvement consécutif *positif*.

Deux lavages de vésicule et injections de pénicilline (2 × 80.000 = 160.000 U.O.).

Prélèvement consécutif *positif*.

2 étincelages du veru montanum précédèrent l'administration de 500.000 U.O. de Spécilline G en solution dans l'Istosan.

Prélèvement consécutif *positif*.

Ayant à ce moment-là de la pénicilline cireuse à notre disposition, on injecte : 400.000 U.O. de pénicilline cireuse.

Le prélèvement est resté *positif*.

Ainsi donc, voilà un malade qui a reçu des traitements variés en même temps qu'intensifs et qui, en dépit de tout cela, conserve un prélèvement positif. Nous croyons avoir le droit de nous demander s'il ne s'agit pas, en l'occurrence, d'un cas de pénicillino-résistance.

Observation XII.

Cra... A reçu :

900.000 U.O.

2 infiltrations I.P. (2 × 40.000 = 80.000 U.O.).

Prélèvement consécutif négatif.

Observation XIII.

Bol... (André), 25 ans. A reçu :
970.000 U.O.
3 infiltrations I.P. (3 × 40.000 = 120.000 U.O.).
Prélèvement consécutif négatif.

Observation XIV.

Lav... (Marcel), 42 ans. A reçu :
1.400.000 U.O.
Thiazomide : 12 comprimés.
Dmelcos (225 + 450 millions de bacilles de Ducrey).
Un étincelage du veru montanum.
Prélèvement consécutif négatif.

Observation XV.

Hus... (Marcel), 28 ans. A reçu :
1.250.000 U.O.
Thiazomide.
Dmelcos (225 + 450 + 550 millions de bacilles de Ducrey).
Vaccin antigonococcique (1/8 cm^3).
Prélèvement après massage prostatique; résultat :

Pas de polynucléaires;
Quelques filaments;
Quelques microbes banaux;
Pas de diplocoques.

Les quinze observations ci-dessus nous ont été communiquées par M. Dax.

Les sept malades qui viennent ont été suivis par nous.

Observation XVI.

Mer... (Marc), 40 ans, boulanger.

Entre le 9 janvier 1948.

A contracté en décembre 1947 une blennorragie traitée par des pilules au bleu de méthylène et des lavages; sous l'effet du traitement, l'écoulement et la brûlure à la miction cessent en sept à huit jours. Deux à trois jours après, les brûlures reparaissent, mais sans écoulement; le malade fait une orchi-épidydimite.

Notons que le malade a présenté, en 1930, une gonococcie également compliquée d'orchite.

A son entrée, le toucher rectal montre un lobe prostatique droit normal et un lobe gauche augmenté de volume et douloureux.

A reçu :

800.000 U.O.

Une infiltration I.P. de 30.000 U.O.

Prélèvement fait le 15 janvier 1948 :

Polynucléaires altérés;

Nombreux cocci Gram positif;

Quelques diplocoques Gram positif.

Le malade sort le 19 janvier 1948.

Observation XVII.

Cra... (Gérard), 24 ans, cultivateur.

Entre le 6 novembre 1947 pour urétrite chronique gonococcique.

A contracté en octobre 1945 une gonococcie traitée par Dagenan et Propidon. En juin 1946, l'écoulement reparaît sans douleurs. En décembre 1946, on lui fait le traitement :

Instillations et thiazomide pendant vingt jours (posologies non communiquées).

Après 7 prélèvements positifs, le malade rentre chez lui.

En mai 1947, l'écoulement redevient purulent.

A reçu dans le service :

900.000 U.O. de pénicilline G en suspension dans l'Istosan.

Vaccin antigonococcique : 1/4, 1/2, 3/4, 3/4 — 4 fois 1 cm³

Instillations au nitrate d'argent.

Thiazomide; Adiazine; Dagenan.

Deux infiltrations I.P. (2 × 30.000 = 60.000 U.O.).

Tous ces traitements, sans résultat vraiment absolu, puisqu'un prélèvement fait le 29 janvier 1948 révèle :

Quelques polynucléaires;

Quelques diplocoques Gram négatif extracellulaires;

Rares diplocoques Gram négatif intracellulaires.

Observation XVIII.

Bri... (René), 24 ans, bûcheron.

Entre le 8 janvier 1948.

A contracté en 1943 une blennorragie : écoulement assez abondant et, à la miction, brûlures le long du canal.

Traité par Thiazomide et Dagénan, le malade est considérablement amélioré. En février 1945, goutte matinale et brûlures.

Un traitement par piqûres (le malade ne peut en préciser la nature exacte) arrête l'écoulement.

A partir de cette date et jusqu'à maintenant, les urines sont toujours troubles le matin et présentent, en suspension, des filaments; les mictions sont douloureuses.

En octobre 1947, devant la chronicité désespérante de son urétrite, Bri... consulte un médecin qui prescrit pénicilline et propidon (posologies non communiquées) : il est guéri temporairement.

Le 9 janvier 1948, le toucher rectal montre une prostate légèrement augmentée de volume (lobe droit un peu plus gros et plus douloureux que le lobe gauche).

Analyse du pus urétral :

Nombreux polynucléaires.

Cocci Gram positif.

Cocci Gram négatif.

A reçu dans le service :

480.000 U.O. Pénicilline-Istosan.

Thiazomide. Dagénan. Adiazine.

Deux infiltrations I.P. dans le lobe gauche (2 × 30.000 = 60.000 U.O.).

Deux infiltrations I.P. dans le lobe droit (2 × 30.000 = 60.000 U.O.).

Le 19 janvier 1948, on obtient le prélèvement suivant :

Polynucléaires;

Cellules épithéliales;

Quelques diplocoques Gram négatif.

Et, le 23 janvier 1948, celui-ci :

Pas de germes visibles.

Le malade part le 23 janvier 1948.

Observation XIX.

Fro... (Edouard), 37 ans, caviste.

Entre le 28 octobre 1947 pour écoulement urétral purulent.

A contracté en 1942 une gonococcie mal soignée (ne peut préciser par quoi). Depuis cette époque, présente de temps en temps un écoulement; aucun prélèvement n'en avait été fait jusqu'ici.

A son entrée dans le service, Fro..., en plus de son écoulement purulent matinal, présente une très légère sensation de brûlure à la miction.

Prélèvement fait quelques jours après son entrée :

Quelques cellules épithéliales;

Quelques leucocytes;

Diplocoques Gram négatif, intra et extracellulaires.

L'urétroscopie, pratiquée le 25 novembre 1947, montre : « urètre un peu enflammé avec orifice glandulaire dilaté au niveau de l'urètre sus-montanal. Veru montanum volumineux, mais non congestionné ».

A reçu :

1.600.000 U.O. de Spécilline G — Subtosan.

Une infiltration I.P. de 30.000 U.O. (le 28 novembre 1947).

Un lavage de vésicule suivi d'injection de 50.000 U.O. de pénicilline (le 12 décembre 1947).

Concurremment à son traitement pénicillinique, Fro... a reçu :

Vaccin antigonococcique : 1/4, 1/2, 1/2, 3/4, 4 fois 1 cm^3.

Instillations au nitrate d'argent.

Une injection de propidon (sans réaction fébrile).

Thiazomide. Adiazine. Dagénan.

Prélèvement fait 3 jours après la fin du traitement Spécilline-Subtosan :

Quelques débris cellulaires.

Pas de germes.

Observation XX.

Hoc... (Mohamed), 25 ans, coiffeur.

Entre le 23 janvier 1948, principalement pour incontinence d'urine. Ce malade a contracté une blennorragie traitée par 100.000 U.O. de pénicilline en 1945. Depuis quelques mois, en plus de sa goutte matinale, ce malade présente une légère pollakiurie, des brûlures à la miction, coït difficile et retard à l'éjaculation.

Examen bactériologique pratiqué le 28 janvier 1948 :

Très nombreux polynucléaires.

Quelques cellules épithéliales.

Cocci Gram positif.

Quelques diplocoques Gram négatif intra et extracellulaires.

A reçu :

1.280.000 U.O. de Spécilline G-Subtosan.

4 instillations au nitrate d'argent.

4 infiltrations I.P. (4 × 30.000 = 120.000 U.O.).

Résultat du prélèvement fait le 12 février 1948 :

Quelques cellules épithéliales.

Pas de germes visibles.

Observation XXI.

Lel... (Michel), 28 ans, employé à la S.N.C.F.

Entre le 12 janvier 1948 pour blennorragie chronique.

A contracté en février 1943 une blennorragie dont l'écoulement est arrêté par 8 comprimés de Dagénan.

En avril 1943, la goutte reparaît; des lavages au permanganate de potasse la jugulent momentanément.

De 1943 à 1945, le malade subit des traitements variés, mais l'écoulement reparaît à chaque arrêt des médications.

En 1945, traitement intensif qui arrête les symptômes :

Thiazomide à doses décroissantes (de 24 à 0 : en tout 126 comprimés).

Propidon : 2 piqûres (2 et 4 cm³).

De juin à octobre 1947, la goutte matinale persiste. Nouveau traitement :

Instillations au nitrate d'argent et massages prostatiques trois fois par semaine.

Thiazomide à doses décroissantes (de 22 à 0, en tout 124 comprimés).

10 prélèvements successifs ont été négatifs.

Le 12 janvier 1948, devant son écoulement récidivant, le malade fait faire un prélèvement qui est positif.

A reçu, depuis son entrée dans le service :

2.640.000 U.O. Pénicilline G-Subtosan.

6 infiltrations intraprostatiques dans le lobe droit (6 × 30.000 = 80.000 U.O.).

2 infiltrations I.P. dans le lobe gauche (2 × 30.000 = 60.000 U.O.).

Thiazomide : 12 comprimés pendant huit jours = 96 comprimés.

Vaccin antigono : 1/4, 1/2, 1, 1 cm³.

Dmelcos : 225 + 335 + 450 + 550 + 550 millions de bacilles de Ducrey.

Observation XXII.

Ram... (André), 37 ans.

Entre le 28 janvier 1948 pour gonococcie avec rétrécissement.

A contracté, en 1939, une blennorragie : écoulement abondant, douleurs à la miction. Ne tolérant pas les sulfamides, il est traité au bleu de méthylène, copahu, grands lavages au permanganate de potasse qui l'améliorent, sans toutefois le guérir complètement.

De 1939 à 1945, goutte matinale tous les quatre à cinq jours.

En 1945 et jusqu'à maintenant, prostatite chronique : pesanteur rectale et douleurs dans la région périnéale; mictions fréquentes (jusqu'à 15 par jour) et douloureuses. Au début de l'année 1948, devant son écoulement nettement plus abondant, un examen en est fait, qui s'avère positif.

1.000.000 U.O. de pénicilline l'améliorent sans le guérir complètement.

A son entrée dans le service, le toucher rectal montre une prostate très douloureuse, hypertrophiée quant au lobe gauche principalement.

A reçu :

5.120.000 U.O. de Pénicilline-Subtosan.

7 instillations I.P. (7 × 30.000 = 210.000 U.O.).

Dès le début du traitement, le malade s'est senti très amélioré, surtout en ce qui concerne sa prostate, qui, au toucher rectal, est moins dure et beaucoup moins douloureuse.

Ces deux derniers malades, malgré les thérapeutiques diverses mises en œuvre, n'ont pu être complètement guéris. Si, cliniquement, ils ont présenté une nette amélioration, divers prélèvements, faits en fin de traitement, ont toujours été positifs, montrant l'existence de rares gonocoques.

Ce procédé d'infiltration intraprostatique par voie périnéale suffit, la plupart du temps, à guérir la prostatite. Néan-

moins, l'infiltration complète par le procédé que nous venons de décrire n'est pas possible; nous avons dû dans deux cas — chez des malades ayant résisté à une série d'injections précédentes — recourir à une technique plus sûre : l'infiltration par voie rectale.

L'infiltration par voie rectale.

Technique : sous anesthésie générale à l'éther, et après dilatation anale, on commence par désinfecter soigneusement le rectum; on repère ensuite la prostate, et plus particulièrement le lobe touché, et on pratique l'injection de pénicilline (de 50.000 U.O. à 100.000 U.O.).

Deux des malades précédents ont été soumis à ces infiltrations. Ce sont :

Por... (Félix) (obs. II), qui a reçu en une fois 50.000 U.O. Son prélèvement, positif auparavant, s'est négativé.

Ba... (Ivan) (obs. XI), qui a reçu en deux fois 200.000 U.O. (100.000 U.O. par infiltration) sans résultat.

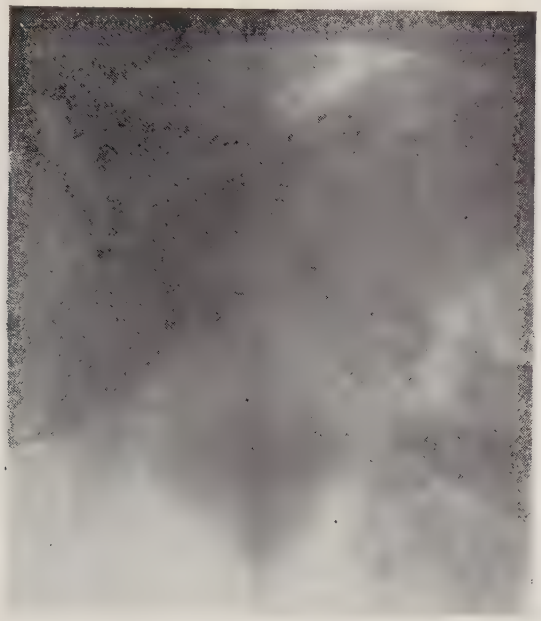
Nous avons vu que ce malade a, malgré son traitement intensif, toujours présenté un prélèvement positif.

Indications et résultats.

Les prostatites gonococciques que nous avons suivies répondent plus ou moins rapidement à cette thérapeutique. Dans l'ensemble, les résultats sont encourageants : en effet, sur les 22 malades traités antérieurement et ayant résisté à toute thérapeutique générale et locale classique, nous enregistrons 17 succès, consécutifs aux infiltrations par voie périnéale.

Deux des trois malades ayant résisté à ce mode de traitement ont subi une infiltration plus complète de leurs glandes par voie rectale; une guérison.

On a intérêt à utiliser cette méthode d'emblée toutes les fois qu'on aura établi un diagnostic sûr de prostatite. Thérapeutique de complément, car il ne saurait être question en vénéréologie pas plus qu'ailleurs de mycothérapie unique-



Le cliché radiographique n° 1 que nous produisons a été exécuté après une infiltration intraprostatique gauche de 30.000 U.O. de pénicilline, auxquelles on a ajouté 4 cm³ de lipiodol. Il montre le siège et la topographie de l'injection.

ment locale, on l'associera à un traitement classique dont le trépied de base sera constitué par :

la pénicilline par voie générale;
les sulfamides, qui agissent synergiquement à la pénicilline;
la pyrétothérapie (2), qui diminue la vitalité du gono-

(2) Darget, H. Duvergey, Muret, Communication citée in *Journal de médecine de Bordeaux*, n° 13-14-15, 30 juill. 1944, p. 233; n° 15-16, p. 264-265.

coque et exalte le potentiel défensif de l'organisme.

Cette remarque s'applique également aux lavages des vésicules que nous voyons plus loin.

B. — Vésiculite.

Cette localisation, dont nous avons énuméré les principaux signes révélateurs, est considérée comme rare par les auteurs français. Mais les travaux de Luys (3), dont s'inspire T. Rochiccioli (4) dans sa thèse, ont, — en insistant sur la fréquence de cette cause de chronicité, — contribué à attirer l'attention sur la conception américaine.

Le traitement médical classique la guérit très difficilement : les résultats sont loin d'être satisfaisants pour le médecin comme pour le malade, la thérapeutique longue, pénible, inopérante, fatiguant et décourageant ce dernier. Aussi, devant des signes certains de spermatocystite, aura-t-on recours au traitement chirurgical.

Rappel historique.

Le lavage des vésicules malades est pratiqué depuis longtemps en Amérique du Nord. Bellfield (5), de Chicago, en fut le promoteur (1905) et mit au point la technique opératoire qui porte son nom : « la Vasotomie ». Sous anesthésie locale, il découvre le canal déférent à la racine des bourses et l'incise longitudinalement, jusqu'à sa lumière. Après l'injection médicamenteuse faite au trocart, il fixe les lèvres du canal à la peau et place un crin à demeure pour les injections suivantes.

---

(3) G. Luys, *La spermatocystite blennorragique.*
(4) Thèse Rochiccioli, p. 20.
(5) Bellfield, ouvrage cité *in* Rochiccioli, p. 30 et s.

(Bellfield pratiquait une injection par jour pendant 8 à 20 jours, en utilisant un des antiseptiques suivants : argyrol à 1/10, protargol à 1/200, acriflavine à 1/1.000).

On a reproché à la vasotomie, par le traumatisme qu'elle porte à la muqueuse du canal déférent, d'oblitérer celui-ci et, ce faisant, de causer parfois la stérilité.

Luys avait tout d'abord pensé que le cathétérisme des canaux éjaculateurs supprimerait sûrement l'intervention sanglante et permettrait le lavage des vésicules sans y avoir recours. Cette méthode endoscopique est, à priori, infiniment séduisante : avec l'urétroscope, on introduit une sonde urétérale n° 4 ou 6 successivement dans chaque orifice des canaux éjaculateurs et on lave la vésicule correspondante.

En pratique, cette technique est rarement applicable : la découverte des canaux est souvent chose difficile dans ces urètres congestifs. Luys lui-même reconnaît que sa méthode est hérissée de « difficultés souvent insurmontables ».

Quelques années plus tard, il met au point la « Vasoponcture », technique qui, si elle ne permet pas comme la vasotomie de Bellfield une seconde injection sans nouvelle opération, a cet avantage de ne compromettre nullement la fécondité du sujet (6).

Cette petite intervention, qui sert en même temps à vérifier la perméabilité déférentielle, permet de laver sûrement la vésicule malade.

Le Professeur Darget injecte dans chaque vésicule de 80.000 U.O. à 130.000 U.O. de pénicilline. On fera une ou deux injections suivant les cas. Ces dernières seront pratiquées, soit avec la canule spéciale de Bellfield, soit, à défaut, avec une aiguille intramusculaire fine. Celle-ci a le défaut de parfois léser la muqueuse par son biseau.

Sept malades ont été soumis à ce traitement : deux ayant

---

(6) Luys, *b*), p. 547 et s. Les différents temps opératoires y sont exposés très en détail.

subi antérieurement des infiltrations intraprostatiques ont été vus plus haut. Ce sont : Tip... (obs. X), qui a eu, en une fois, 80.000 U.O. sans négativation de son prélèvement; Bag... (Ivan) (obs. XI), dont nous avons parlé, qui a eu deux lavages (160.000 U.O. au total) sans résultat.

Observation XXIII.

Red... (Mohamed), 30 ans.

A contracté sa maladie en mai 1946. Traité par Thiazomide (20 cachets), Propidon, lavages au permanganate de potassium.

Fin mai de la même année, prélèvement positif; il reçoit 200.000 U.O. de pénicilline; légère amélioration.

Fin juillet, le toucher rectal montre :

Grosse prostate, vésiculite droite.

A eu dans le service :

1.100.000 U.O.

2 lavages de vésicule et injection de 2 fois 100.000 U.O. (= 200.000 U.O.).

Examen consécutif :

Nombreux polynucléaires, pas de microbes.

Observation XXIV.

Med..., 34 ans. A eu :

1.300.000 U.O.

Thiazomide : 20 + 16 = 36 comprimés.

Dmelcos : 335 millions de bacilles de Ducrey.

2 étincelages du veru montanum.

1 lavage de vésicule et injection de 130.000 U.O.

Examen consécutif :

Débris cellulaires.

Pas de polynucléaires.

Pas de gonocoques.

Observation XXV.

Dut... A eu :

2.140.000 U.O.

Un lavage de vésicule et injection de 130.000 U.O.

Examen consécutif négatif.

Observation XXVI.

Bel... Entre pour blennorragie chronique rebelle. Le toucher rectal montre une vésiculite gauche.

A reçu :

1.200.000 U.O.

5 instillations de solu-septazine.

13 instillations au nitrate d'argent.

1 instillation intra-urétrale de pénicilline.

1 infiltration intraprostatique de 30.000 U.O.

1 lavage de vésicule et injection de 100.000 U.O

Examen consécutif négatif.

Observation XXVII.

Fau... (Marc), 22 ans.

Entre le 3 septembre 1936 pour blennorragie chronique. A eu 1.280.000 U.O.

Thiazomide : 12 comprimés.

Dmelcos : 225 + 450 millions de bacilles de Ducrey.

Vaccin antigonococcique : 1/4 + 1/4 cm³.

1 lavage de vésicule et injection de 100.000 U.O.

Fau... sort le 16 septembre 1946 après l'examen suivant pratiqué après un massage prostatique :

Quelques microbes banaux.

Pas de gonocoques.

Indications et Résultats.

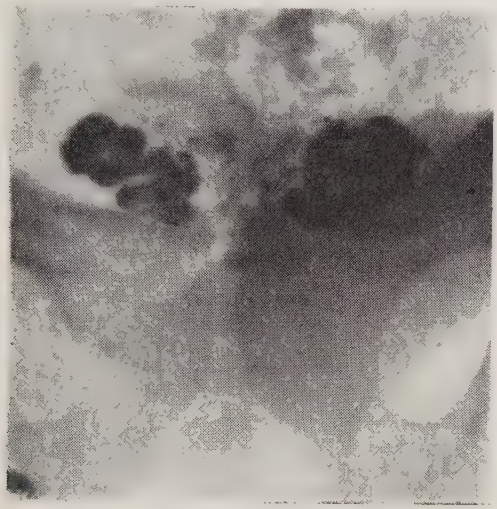
On pratiquera le lavage vésiculaire et l'injection pénicillinique quand, assurés de la guérison de l'urètre et de la prostate du malade, on aura établi un diagnostic sûr de spermatocystite, appuyé sur la clinique et l'urétroscopie.

Le cliché radiographique n° II que nous produisons a été exécuté après injection vésiculaire par voie déférentielle de 50.000 U.O. de pénicilline, auxquelles on a ajouté 4 cm³ de lipiodol. On remarque notamment : le trajet du canal déférent gauche et son abouchement dans la vésicule; les vésicules séminales, dont l'une, la gauche, est sensiblement normale, et l'autre présente un début de vésiculite; la saillie du veru montanum et l'injection de glandes périprostatiques.

On le fera également en cas de récidive constante d'épididymite et de rhumatisme gonococcique (7).

(7) Pour les auteurs américains et pour Luys, celui-ci a toujours une origine vésiculaire.

Le lavage des vésicules — technique inoffensive quant à l'intégrité ultérieure des voies spermatiques — nous a donné des résultats très satisfaisants; sur 7 malades, 5 ont



Le cliché radiographique n° III, exécuté dans les mêmes conditions que la précédente, montre une vésiculite bilatérale.

été guéris. Le lavage peut être renouvelé : un de nos malades (Red... obs. XXIII) ayant résisté à un premier lavage en a subi un second avec succès.

C. — Vérumontanite.

Lorsque les instillations, qu'elles soient faites au nitrate d'argent, aux sulfamides ou à la pénicilline [8], auront épuisé leurs effets, on utilisera les crayons sulfamidés (néococcyl ou sulfathiazol), qui présentent l'avantage d'être bien tolérés par l'urètre et d'avoir une résorption lente.

---

(8) G.-P. Lagrange (thèse Bordeaux, juill. 1947), a étudié et expérimenté, suivant la méthode de Miller Scott, Moeller et Thomson, les injections intra-urétrales de pénicilline.

Cependant, cette thérapeutique est supplantée aujourd'hui par l'étincelage ou la diathermocoagulation des lésions de l'urètre postérieur, du veru montanum et des glandes prostatiques enflammées, des pseudo-polypes et des polypes vrais. Nous avons pratiqué l'étincelage du veru montanum chez cinq de nos malades. Cette méthode nous a donné de bons résultats pour les cas de véru montanite localisée, sans sur infection prostatique.

CHAPITRE III

PERFECTIONNEMENT DE LA CONCENTRATION DE LA PENICILLINE DANS LE SANG

Les travaux des expérimentateurs américains (Keefer, Ritter, Romansky et autres) ont mis en lumière un facteur capital de la réussite — ou de l'échec — du traitement mycothérapique.

Dans le Service d'urologie du Professeur Darget, M. Dax, frappé par le fait que des blennorragies chroniques traitées (voies générale et locale) par les moyens les plus modernes conservaient un prélèvement positif a, d'une façon systématique, étudié leur pouvoir de concentration de la pénicilline. Cette recherche, faite au moyen de la technique de Sureau, à la P.S.P. montra que ces malades présentaient une concentration défectueuse, due à une élimination trop rapide du médicament. Il a suffi, chez ces malades, de freiner cette élimination pour que la concentration minima efficace pour la destruction du gonocoque (Minimum Inhibitory Concentration [M.I.C.] des Américains) soit atteinte, mieux dépassée, et pour que la guérison s'ensuive.

Moyens utilisables pour améliorer la concentration (1).

Passons-les rapidement en revue :

Rammelkampf (2) et Bradley utilisent le Diostrat (30 cm³) dérivé iodé utilisé pour l'urographie intraveineuse.

(1) Voir thèse Y. Chabbert, Bordeaux, 1946-1947.

(2) Rammelkampf et Keefer avaient noté que les sujets aux reins malades présentaient une concentration meilleure que les sujets sains. Les deux produits cités ci-dessus bloquent la fonction rénale.

Beyer et Woodward se servent de l'acide para-amino-hippurique (élimination diminuée des 2/3).

Atcheson pratique des instillations intraduodénales d'urine filtrée de sujets traités par la pénicilline.

M. Trumper et J. G. Thompson soumettent la zone d'injection (deltoïde) à un refroidissement prolongé dans le but de retarder l'absorption de la pénicilline. Pour ce faire, ils appliquent sur le muscle, deux heures avant l'injection du sel de sodium de pénicilline, une vessie de glace qu'ils remettent douze heures durant après l'injection. 91 % de leurs malades ont été guéris. L'avantage de la méthode est de réduire à un le nombre d'injections.

Ces tentatives expérimentales ne paraissent pas devoir prendre une extension pratique.

Bien plus important est le facteur « *vecteur de la pénicilline* » :

a) *Sang :* 500.000 U.O. mélangés à 5 cm³ d'une solution à 2 % de citrate de soude et de 2 % de novocaïne dans l'eau distillée. Le tout, mélangé à 5 cm³ de sang, est injecté par voie intramusculaire. L'action retard est de 15 à 20 heures, suivant les cas.

b) *Mélange de cire d'abeille et d'huile d'arachide.* — W. M. Kirby, W. Leifer et Rammelkampf estiment que l'un des meilleurs moyens de retarder l'absorption et l'excrétion de la pénicilline est d'utiliser le mélange décrit par Romansky et Rittman (adaptation de la technique de Code et de ses associés) : 300.000 U.O. de P. calcique en suspension dans 1 cm³ d'huile d'arachide et 4,8 % de cire d'abeilles.

Romansky et Rittman, dans leur première communication, soulignent que les taux de pénicilline peuvent être maintenus dans le sang pendant sept à dix heures suivant une injection unique intramusculaire du mélange ci-dessus. Malgré cela, il nous faut noter les faits suivants :

— la pénicilline cireuse est actuellement difficile à trouver en France;

— les injections sont parfois douloureuses;

— il faut des doses de pénicilline cireuse supérieures à celles d'un sel de sodium ordinaire (3).

c) *Subtosan*. — En France, depuis quelques années, une substance-retard a fait l'objet de nombreuses communications (4) : le Subtosan-Retard 25, qui est une solution de polyvynilpyrrolidone (P.V.P.) à 25 %. Le P.V.P., substance de poids moléculaire élevé (5.000), doté d'une très grande viscosité, a l'avantage de n'offrir aucune difficulté dans son emploi, et les piqûres, indolores, ne sont suivies d'aucune réaction appréciable.

Tous les auteurs français l'ayant expérimenté sont unanimes à reconnaître l'efficacité de ce véhicule pour prolonger l'action de la pénicilline dans l'organisme. Citons entre autres :

Gate et Pellerat (5) font des dosages dans le sang après deux injections, l'une de Pénicilline-Subtosan, l'autre de pénicilline aqueuse (100.000 U.O. de chaque) :

— la première donne, à la sixième heure, des concentrations comprises entre 0,07 unité et 0,16 unité par centimètre cube;

— pour la seconde, à la troisième heure seulement, les chiffres vont de 0,06 unité à 0,08 unité par centimètre cube.

A Bordeaux, Chavannaz et Léger (6) concluent de même que l'emploi du Subtosan comme vecteur de la pénicilline est

---

(3) Une injection de pénicilline cireuse de 300.000 U.O. donne des concentrations de pénicilline mesurables dans le sang pendant douze heures seulement. La même quantité d'un sel de sodium de pénicilline donnera, injectée régulièrement (8 injections de 37.500 unités) des concentrations mesurables pendant vingt-quatre heures.

(4) Voir Bibliographie.

(5) Gate et Pellerat, *Annales de dermatologie*, n° 11, p. 706 et 707.

(6) Chavannaz et Léger, *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, p. 573; Chavannaz et Chabbert, *ibid.*, p. 583.

suivi d'une concentration maxima supérieure et d'une élimination plus lente du médicament.

Le type de pénicilline utilisé est également d'une grande importance. La Spécilline G, en combinaison avec le Subtosan-Retard 25, nous est apparue comme étant l'une des meilleures préparations.

Après quelques tâtonnements et avant de disposer du Subtosan, nous nous sommes arrêté à la technique suivante :

250.000 U.O. de Spécilline G, en solution dans l'Istosan, injectées en 5 fois toutes les cinq heures (7).

Les 10 malades suivants, malgré les doses parfois élevées qu'ils ont reçues antérieurement, n'avaient pu être négativés, et ce par suite de leur concentration sanguine en pénicilline défectueuse.

Gro	1.100.000 U.O.	sans	résultat.
Gou ...,	800.000 U.O.	»	»
Ker ...,	360.000 U.O.	»	»
X .....,	960.000 U.O.	»	»
Lep ...,	720.000 U.O.	»	»
X .....,	400.000 U.O.	»	»
Doy ...,	500.000 U.O.	»	»
X .....,	620.000 U.O.	»	»
Vig ...,	1.100.000 U.O.	»	»
Tol	840.000 U.O.	»	»

Nous les avons soumis à la technique de cure précédente. Ils nous ont valu 10 succès.

Le facteur germe.

Le nombre croissant de communications ayant trait à des gonococcies non améliorées cliniquement et bactériologiquement par la mycothérapie tend à laisser supposer l'existence d'un facteur germe, cause de la résistance à la pénicilline.

(7) Actuellement, nous faisons une seule injection quotidienne de 320.000 U.O. de Spécilline G en solution dans 10 cm³ de Subtosan-Retard 25.

Dans la littérature actuelle, nous relevons entre autres les communications de :

— Glaser, qui rapporte 4 cas d'urétrite gonococcique ayant résisté à la pénicilline et conclut à l'existence d'une « race de gonocoques » de plus en plus résistante à cette thérapeutique.

— Juon, qui rapporte 3 cas de pénicillino-résistance totale.

— A. C. Franks, qui rapporte 4 cas de pénicillino-résistance à de hautes doses de pénicilline. De plus, il constate par des réactions *in vitro* la pénicillino-résistance du gonocoque et conclut : « il y a probablement une race spéciale de gonocoques pénicillino-résistants ».

Nous-même avons eu 2 cas où, en dépit d'un traitement intensif général et local, nos malades ont conservé un prélèvement positif (voir obs. XI et XXII).

Sans faire entrer ce facteur germe en ligne de compte, Huriez et Desurmont, de Lille, avancent l'hypothèse que la pénicilline n'agirait plus sur des gonocoques dont la division avait été stoppée par les sulfamides.

De plus, ils constatent que les défenses leucocytaires semblent amoindries et paraissent insuffisantes à phagocyter ces germes que Biglea qualifie de « persisting gonocoques » et Levaditi de « remanents ».

Faute de milieux spéciaux qui nous auraient permis de déterminer l'indice de sensibilité du gonocoque à la pénicilline *in vitro* ou l'existence d'une pénicillinase, nous ne pouvons que supposer l'existence, parmi les gonocoques, de races ou de formes pénicillino-résistantes (8).

---

(8) Midana, de Turin, adaptant la technique de Bizzozero, pour la sulfamido-résistance, s'était proposé d'obtenir *in vitro* la formation de souches gonococciques pénicillino-résistantes; à la fin de ses travaux, il conclut : « C'est non pas la transformation de souches pénicillino-sensibles au début en souches pénicillino-résistantes, mais seulement la multiplication de souches pénicillino-résistantes dès l'origine qui doit être mise en cause dans le phénomène de la pénicillino-résistance. »

CONCLUSIONS

Trois facteurs expliquent la chronicité d'une blennorragie.

I. — Le facteur anatomique.

Deux repaires profonds du gonocoque sont particulièrement en cause :

— la prostate;
— les vésicules.

La thérapeutique pénicillinique par voie générale est souvent impuissante à guérir totalement les atteintes de ces organes.

C'est pourquoi il est indispensable, après un diagnostic sûr de prostatite et de vésiculite, d'appliquer une pénicillinothérapie locale.

Prostatite.

a) Les infiltrations intraprostatiques de pénicilline (30.000 U.O.) par voie périnéale nous ont donné des résultats très encourageants :

— sur 22 malades, 17 succès.

b) Les infiltrations par voie rectale (de 50.000 U.O. à 100.000 U.O.), à conseiller lorsqu'une action plus complète est nécessaire.

— Dans 2 cas, une guérison.

Vésiculite.

Le lavage des vésicules par voie déférentielle suivi d'une injection de pénicilline (de 80.000 U.O. à 130.000 U.O.) nous a donné de bons résultats.

— Sur 7 cas, 5 guérisons.

II. — Le facteur concentration sanguine a la pénicilline.

Sa recherche sera systématique chez les malades « résistants ». La plupart du temps, on s'aperçoit que ces malades présentent une concentration défectueuse.

Le schéma thérapeutique suivant nous paraît l'un des meilleurs : 320.000 U.O. de Spécilline G en solution dans 10 cm³ de Subtosan Retard 25 (une injection par jour).

III. — Le facteur germe.

Ce dernier expliquerait les cas de pénicillino-résistance (nous en produisons deux cas), vraisemblablement dus à une race spéciale de gonocoques.

Le traitement de la blennorragie cyrochronique, trop souvent long et décevant, s'est, avec les travaux du professeur Darget, enrichi de deux nouvelles acquisitions. En association avec le traitement classique (pénicilline par voie générale, sulfamides, pyréthothérapie), il doit maintenant être envisagé avec plus d'optimisme et apporter des réussites définitives plus nombreuses.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et, s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes, et, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu, bon a imprimer :
Le Président,
DARGET.

Vu : *Le Doyen,*
R. DUPÉRIÉ.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 5 avril 1948.
Le Recteur de l'Académie,
A. MARCHAUD.

BIBLIOGRAPHIE

Albahary. — Pénicillinothérapie. Etat actuel de la question. *Paris médical*, n° 16, 10 nov. 1944, p. 165.

Atcheson (D. W.). — A new source of penicillin in the treatment of chronic gonorrhea. *Mil. Surg.*, 1944, t. XCV, p. 58-62.

Barbellion (P.). — La blennorragie chez l'homme et chez la femme. Ed. Maloine, 1933.

Barcroft, Edolsoln. — Effect of temperature on bloodflow and deep temperature in the human forearm. *Journ. of physiol.*, 102, 5 juin 1943.

Batchelor (R.C.L.), Donald (W. H.), Murrell (M.). — Problèmes soulevés par l'emploi de la pénicilline dans la blennorragie. *Brit. Med. Journ.*, n° 4465, 3 août 1946, p. 151-153, in *La Semaine des Hôpitaux de Paris*, n° 45, 7 déc. 1946, p. 2076.

Berrod (J.). — La pénicilline. Ses indications, ses résultats en thérapeutique. Thèse Paris, 1945.

Beyer (K.), Woodward (R.), Peters (L.). — The prolongation of pénicillin retention by the body means of para-amino-hippuric acid. *Science*, 1944, t. 100, 2588, p. 107-108.

Busson (Henri). — Manuel d'urétroscopie. Masson, édit.

Chabbert (Yves). — Contribution à l'étude du dosage de la pénicilline en clinique. Thèse Bordeaux, 1945-1946, n° 54.

Chavannaz (J.), Léger (H.). — La pénicilline-retard. *Mém. de l'Acad. de chir.*, t. 73, n° 27-28, p. 573.

Chavannaz (J.), Chabbert (Y.). — Les bases biologiques de la pénicilline-retard. *Mém. de l'Acad. de chir.*, t. 73, n° 29-30, p. 583.

Congrès de la pénicilline (Paris, avril 1946). C. R. in *Presse médicale*, n° 34, 20 juill. 1946, p. 490 et s.

Darget, Duvergey (H.), Muret. — A propos du traitement de la blennorragie. Association de la pyréthothérapie au Dmeïcos aux sulfamides thiazoliques. Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, in *Journ. de méd. de Bordeaux*, n° 13-14, 15-30 juill. 1944, p. 233.

— A propos du traitement de la blennorragie. Association de la pyréthothérapie vaccinale aux sulfamides thiazoliques. Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, in *Journ. de méd. de Bordeaux*, n° 15-16, août 1944-avril 1945. p. 264-267.

Dossot et Palazolli. — Les urétrites chroniques. Masson, édit.

Durel (P.). — Deux nouveautés en pénicillinothérapie. La Pénicilline G. et les pénicillines-retard. Résultats dans la blennorragie. *Toulouse médical*, n° spécial 1947, p. 96-104.

Durel, Ratner, Siboulet. — L'emploi de la pénicilline-retard dans la blennorragie. *Ann. de dermat. et de syphil.*, n° 11 *bis*, nov. 1946, p. 780-282.

Franks (A. C.). — Guérison de gonococcies pénicillino-résistantes par un traitement combiné sulfamides-pénicilline. *The Amer. Journ. of the Med. Science*, in *la Semaine des Hôpitaux de Paris*, n° 32, 28 août 1946, p. 1559.

Garrod (L. P.), Sureau (B.). — Rôle du laboratoire au cours du traitement par la pénicilline. *La Semaine des Hôpitaux de Paris*, n° 2, 14 janv. 1946, p. 57.

Gate (J.), Pellerat (J.). — L'association Pénicilline-Subtosan dans le traitement de la blennorragie masculine. *Ann. de dermat. et de syphil.*, n° 11, nov. 1946, p. 706-707.

Gosset (J.-R.). — Au sujet du traitement de la blennorragie par la pénicilline. *Concours médical*, 5 juill. 1947, p. 1154.

Gouin (J.), Aubert, Poupinel. — Pénicillinothérapie et leucocytoréaction. *Ann. de dermat. et de syphil.*, n° 5-6, mai-juin 1946, p. 285-257.

Huriez (C.), Desurmont (M.). — Pénicilline et gonococcie d'après

600 observations recueillies à Lille. Les débuts de la pénicillino-résistance. *Presse médicale*, n° 2, 11 janv. 1947, p. 13-14.

Huriez (C.), Patoire, Dumont et Leborgne. — Pénicillinothérapie des gonococcies sulfamido-résistantes. In *Presse médicale*, n° 4, 26 oct. 1946, p. 58.

Joulia, Texier, Seguin. — Traitement de la blennorragie aiguë chez l'homme par 200.000 U.O. de pénicilline injectée en trois heures. *Ann. de dermat. et de syphil.*, n° 11 *bis*, nov. 1946, p. 786.

Jucn. — La pénicilline et son action dans le traitement de la blennorragie. *Ann. de dermat. et de syphil.*, n° 11 *bis*, nov. 1946, p. 805-807.

Kirby (W. M. M.), Leifer et Rammelkampf. — Intramuscular and sub cutaneous pénicillin in beeswax and peanut oil. *J.A.M.A.*, vol. 129, n° 14, déc. 1945, p. 940-944.

Labat, Labourdette (G.). — Rein et pénicilline. Thèse Bordeaux, 25 juill. 1947.

Lagrange (G.-J.-P.). — Les instillations de pénicilline locales et prolongées comme traitement de la blennorragie aiguë chez l'homme. Thèse Bordeaux, juill. 1947.

Léger. — Pénicilline huileuse. Son emploi en une dose unique par jour. *Presse médicale*, 6 avril 1946, t. 15, p. 210.

Leifer, Martin et Kirby. — Single Injection of pénicillin in B.P.O. in gonorrhea urethritis. *New England Journ. of Med.*, n° 233, 15 nov. 1945.

Levaditi (C.). — La pénicilline et ses applications thérapeutiques. Masson, 1945.

Luys. — Indications thérapeutiques des spermatocystites. *Bull. de la Soc. de chir. de Paris*, 5 mars 1926, p. 21 et s.

— Technique du lavage des vésicules. *Bull. de la Soc. de chir. de Paris*, juill. 1926, p. 547.

— Pour désinfecter les vésicules séminales, il faut les laver. *La Clinique*, janv. 1922, p. 10 et s.

Martin (R.), Sureau, Nitti, Berrod. — La pénicilline et ses applications cliniques. Flammarion, 1945.

Midana (A.). — Recherches sur la pénicillino-résistance du gonocoque. *Ann. de dermat. et de syphil.*, n° 4, avril 1947, p. 128-129.

Oard (H. C.), Jordan (E. V.). — The treatment of Gonorrhea urethritis with sulfonamides and penicillin combined. *J.A.M.A.*, 3 juin 1944, t. 125, p. 323-325; *in* Martin, Sureau, Nitti : *La pénicilline et ses applications cliniques*, p. 54.

Pellerat (J.). — Etat actuel de la pénicillinothérapie dans la blennorragie. *Ann. de dermat. et de syphil.*, n° 11 *bis*, nov. 1946, p. 776-780.

Rochiccioli (T.). — Traitement des blennorragies chroniques par le lavage des vésicules séminales. Thèse Marseille, juill. 1935.

Romansky et Ritter. — Penicillin blood — level for 24 hours, following one single injection of calcium penicillin in B.P.O. *New England Journ. of Med.*, n° 233, p. 577.

Rousset (J.). — Emploi d'un véhicule retard pour la pénicillinothérapie de la blennorragie. *Ann. de dermat. et de syphil.*, p. 709.

Trumper (M.), Thompson (G. J.). — Penicillin — prolonging effect by chilling. *J.A.M.A.*, vol. 130, p. 627-630.

Velu (H.), Penau (H.), Benoit (D.). — Action du Ph sur l'activité bactériostatique de la pénicilline. *Bull. de l'Acad. de méd. de Paris*, 21 févr. 1946, t. 130, p. 141-142.

Watrin, Bonney. — Pénicillinothérapie et traitements locaux combinés. *Ann. de dermat. et de syphil.*, p. 789-790.

Wile (U.). — Expérience américaine de pénicillinothérapie des maladies vénériennes. *Journ. des prat.*, 20 avril 1946, p. 81.

Dépôt légal effectué en 1948 (2e trimestre).

24630. — Imprimeries Delmas, Bordeaux (31.0192). — 1948.